

第1号様式（第7条関係）

座間市病児・病後児保育事業利用登録書

年 月 日

(宛先) 座間市長
(実施施設長)

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録を依頼します。

登録番号

申込児童	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名		愛称				
住所	〒 -				電話番号	自宅	
						父携帯	
						母携帯	
父母の状況	父	フリガナ		勤務先	電話番号： - -		
		氏名					
	母	フリガナ		勤務先	電話番号： - -		
		氏名					
その他家族の状況	続柄： (歳)	フリガナ		続柄： (歳)	フリガナ		
		氏名			氏名		
	続柄： (歳)	フリガナ		続柄： (歳)	フリガナ		
		氏名			氏名		
勤務先からの所要時間	父：約 時間 分 (車・電車・自転車・徒歩)			母：約 時間 分 (車・電車・自転車・徒歩)			

希望する実施施設		
通園施設等 (該当するものに○をしてください。)	1. 保育所・幼稚園・小学校	施設名： 施設電話番号：
	2. 家庭内保育	

主治医 (かかりつけ医)	医療機関名	担当医師	電話番号
基礎疾患や健康管理上の留意点があれば御記入ください。			

所得状況 (該当する場合のみ ○をしてください。)	1. 生活保護世帯	2. 前年度市民税非課税世帯
	※ 必要に応じて、受給者証の写しや税資料等の提出を求めています。	